

Iwona Tołkacz-Mil

ZOZ MSW, Koszalin

Przypadek kliniczny 12

Pacjentka z nadciśnieniem tętniczym niekontrolowanym na dwóch lekach hipotensyjnych

Nadciśnienie Tętniczne w Praktyce 2015, tom 1, nr 2, strony: 135–137

Wstęp

Pacjentka, lat 64, emerytowana nauczycielka, chorująca na jaskrę z otwartym kątem przesączania, stabilną chorobę niedokrwinną serca, hiperlipidemię mieszaną i nadciśnienie tętnicze (od 20 lat), została skierowana została do Poradni Kardiologicznej z powodu znacznych wahań ciśnienia tętniczego (BP, *blood pressure*) od około pół roku z koniecznością wielokrotnego korzystania z pomocy lekarskiej Pogotowia Ratunkowego i SOR.

Ciśnienie tętnicze w warunkach ambulatoryjnych mierzyła prawidłowo: po odpoczynku, przed przyjęciem leków, dwukrotnie w odstępach około 2 minut, aparatem automatycznym naramiennym z walidacją, z dostosowanym mankietem do obwodu ramienia. W dzienniczku pomiarów ambulatoryjnych zanotowała wartości poranne BP: 152/96, 140/90, 155/92 mm Hg, w ciągu dnia spadki 90/60, 110/65, 105/62 mm Hg z towarzyszącymi zawrotami głowy, w godzinach wieczornych 130/80, 135/82, 142/86 mm Hg. Często w godzinach nocnych występowały bóle głowy z towarzyszącym wysokim BP 180/100, 175/96 mm Hg.

Przez wiele lat wartości BP, według pacjentki, były prawidłowe i wynosiły poniżej 140/90 mm Hg, skoki ciśnienia były związane z sytuacjami stresowymi

i występowały sporadycznie, szybko ustępowały po przyjęciu doraźnie 12,5 mg kaptoprilu.

Ponadto pacjentka zgłosiła, iż z powodu bólu stawów od kilku miesięcy przyjmuje niesteroidowe leki przeciwzapalne (najczęściej wieczorem), a z powodu dużych wahań ciśnienia często samodzielnie modyfikuje terapię hipotensyjną, pomijając leki przy niskich wartościach i przyjmując dodatkowo kaptopril 12,5 mg przy wartościach ciśnienia przekraczających 150/90 mm Hg.

Pacjentka nie spożywa alkoholu i nie pali tytoniu. Od kilku tygodni zaprzestała picia kawy, bardzo ograniczyła spożycie soli. Nie podejmowała regularnej aktywności fizycznej. Choroby towarzyszące leczyła regularnie, korzystając z opieki poradni kardiologicznej i okulistycznej. Nie występowały dławica wysiłkowa, kołatania serca lub duszności. Nykturia 1–2 razy od kilku miesięcy, wcześniej niewystępująca.

Badanie przedmiotowe

Prawidłowa masa ciała: wzrost 164 cm, waga 63 kg [indeks masy ciała (BMI, *body mass index*) 23,5 kg/m²]. Obwód talii 79 cm. Skóra bez wykwitów patologicznych. Akcja serca miarowa 62/min, tony serca głośne, dźwięczne, z cichym szmerem skurczowym 2/6 w skali Levine'a w polu aortalnym, bez szmerów nad tętnicami szyjnymi, nad polami płucnymi szmer pęcherzykowy prawidłowy symetryczny, bez cech zastój. Ciśnienie tętnicze w gabinecie lekarskim (średnia z dwóch pomiarów) wynosiło 164/92 mm Hg, równe na obu ramionach. Jama brzuszna w badaniu palpacyjnym miękka, niebolesna, bez oporów patologicznych, wątroba niemacalna, bez szmerów naczyniowych nad aortą brzuszną i w polach osłuchiwania tętnic ner-

Adres do korespondencji: Iwona Tołkacz-Mil, specjalista chorób wewnętrznych, hipertensjolog
ZOZ MSW, ul. Szpitalna 2, 75–720 Koszalin
tel. 606 510 767
e-mail: i.tolkacz-mil@wp.pl



Copyright © 2015 Via Medica, ISSN 1428–5851

kowych. Obrzęki ciastowate podudzi, symetryczne, mierne do połowy podudzi. Tętno na tętnicach obwodowych kończyn dolnych symetryczne, prawidłowe. Stawy kończyn górnych i dolnych bez odczynu zapalnego, nieznacznie zniekształcone, słabo bolesne przy ruchach czynnych z nieznacznym ograniczeniem ruchomości. Nie stwierdzono niedowładów.

Badania laboratoryjne:

- stężenie hemoglobiny 14,2 mg%;
- glikemia na czczo 94 mg;
- kreatynina 1,0 mg%, eGFR 56 ml/mn;
- cholesterol całkowity 222 mg%, cholesterol frakcji HDL 36 mg%, cholesterol frakcji LDL 154 mg%, Tg 157 mg%;
- sód 140 mmol/l, potas 4,95 mmol/l;
- kwas moczowy 5,4 mg%;
- w badaniu ogólnym moczu: ciężar właściwy 1,025 g/l, pH 6,5, cukier /-, białko /-, osad: leukocyty 2–3 wpw, erytrocyty 1–2 wpw, nabłonki pojedyncze;
- stosunek albumin do kreatyniny w porannej próbce moczu 38 mg/g.

Badania obrazowe:

- EKG — rytm zatokowy miarowy 62/min, oś pośrednia. Załamek R w aVL 12 mm. Zespoły repolaryzacji komór w granicach normy.
- USG — jama lewej komory nieposzerzona z cechami koncentrycznego przerostu, ściana tylna 13 mm, przegroda międzykomorowa 13 mm, bez odcinkowych zaburzeń kurczliwości, z frakcją wyrzutową lewej komory (LVEF, *left ventricular ejection fraction*) 68%. Lewy przedsionek szerokości 41 mm w projekcji przymostkowej w osi długiej, pojedyncze zwapnienia na brzegach płatków aortalnych z małego stopnia niedomykalnością zastawki aortalnej.

Przed wizytą pacjentka miała zalecone leczenie farmakologiczne:

- Accupro 10 2 × 1 tabletki;
- Amlopin 5 1 tabletki rano;
- Acard 75 1 tabletki wieczorem;
- Atorvox 20 1 tabletki wieczorem;
- DicloDuo 75 1 tabletki rano lub wieczorem;
- Captopril 12,5 mg doraźnie.

Poza dołączeniem niesteroidowego leku przeciwzapalnego leczenie nie było modyfikowane od około 3 lat

Postępowanie

W czasie wizyty przeprowadzono edukację o konieczności zaprzestania stosowania niesteroidowego leku przeciwzapalnego oraz zalecono w poradni reumatologicznej diagnostykę dolegliwości związanych z układem ruchu. W terapii przeciwbólowej zaproponowano lek złożony zawierający tramadol

i paracetamol. Intensyfikowano leczenie hipotensyjne, zalecając lek złożony Triplixam zamiast Accupro i Amlopinu. Z uwagi na nieosiągnięty cel terapeutyczny w leczeniu hiperlipidemii mieszanej zwiększono dawkę Atorvox do 40 mg. Zalecono dalsze pomiary ambulatoryjne BP oraz całodobowe (ABPM, *ambulatory blood pressure monitoring*) za 3 tygodnie w celu wykluczenia hipotonii przy współistniejącej jaskrze. Ponadto zalecono kontrolę lipidogramu.

Terapia po modyfikacji:

- Triplixam 5/1,25/5 1 tabletki rano;
- Acard 75 1 tabletki wieczorem;
- Atorvox 40 1 tabletki wieczorem;
- Zaldiar 37,5/325 1–2 tabletki/dobę w razie potrzeby;
- Captopril 12,5 mg doraźnie.

Wizyta kontrolna

Na wizytę kontrolną pacjentka zgłosiła się po miesiącu. Jej samopoczucie było znacznie lepsze. Od momentu modyfikacji terapii leki przyjmowała systematycznie, nie pomijając żadnych dawek. Nie korzystała z pomocy Pogotowia Ratunkowego i SOR z uwagi na brak epizodów hipotonii z zawrotami głowy w ciągu dnia oraz wysokich wartości BP w nocy. Ustały obrzęki obwodowe i nykturia. W pomiarach ambulatoryjnych wartości BP wynosiły: poranne 140/89, 136/84, 138/85 mm Hg, po południu 128/76, 130/70, 120/72 mm Hg, wieczorem 136/80, 134/78 mm Hg, w nocy pacjentka nie mierzyła ciśnień, gdyż nie miała wybudzeń spowodowanych bólami głowy. Zmniejszyły się dolegliwości bólowe stawów po zaleconych przez reumatologa zabiegach fizykoterapeutycznych i gimnastyce — rozpoznano chorobę zwyrodnieniową stawów, utrzymano zalecone leczenie przeciwbólowe. W czasie wizyty kontrolnej w pomiarze gabineutowym (średnia z dwóch pomiarów) BP wynosiło 138/88 mm Hg. W kontrolnym lipidogramie stwierdzono zadowalające wyrównanie zaburzeń lipidowych: cholesterol całkowity 190 mg%, cholesterol frakcji HDL (*high density lipoprotein* — lipoproteiny o dużej gęstości) 40 mg%, LDL (*low density lipoprotein* — lipoproteiny o małej gęstości) 90 mg%, Tg 145 mg%.

W ABPM średnia z doby wynosiła 132/76 mm Hg, z dnia 136/77 mm Hg, z nocy 124/71 mm Hg, spadek nocny ciśnienia wyniósł 9,8%. Z uwagi na współtowarzyszącą jaskrę, celem uniknięcia pogorszenia przebiegu tej choroby, przy nieznacznym niewyrównaniu ciśnienia w ABPM, nie intensyfikowano farmakologicznego leczenia hipotensyjnego, ale zalecono włączenie systematycznego wysiłku fizycznego pod postacią 30–45-minutowych spacerów 3–5 razy w tygodniu oraz dalsze pomiary BP.

W czasie wizyty kontrolnej po kolejnym miesiącu wartości BP w pomiarach domowych wynosiły 132/80, 128/78, 136/80 mm Hg, pomiar gabinetowy (średnia z dwóch pomiarów) 138/84 mm Hg. Pacjentka podejmowała systematyczny wysiłek fizyczny (nordic walking) 3–4 razy w tygodniu, bóle stawowe były sporadyczne, nie występowała hipotonia dzienna ani nocne wzrosty ciśnienia. Leczenie farmakologiczne i zalecenia dotyczące stylu życia kontynuowano.

Komentarz

Zastosowanie w terapii hipotensyjnej preparatu złożonego z perindoprilu, amlodypiny i indapamidu pozwoliło poprawić skuteczność wcześniejszej terapii dwulekowej w postaci dwóch tabletek. Uniemożliwiło to pacjentce samodzielne modyfikowanie terapii i przyczyniło się do wyeliminowania wahań ciśnienia tętniczego związanego z opuszczaniem dawek leków (poprawa *compliance* i *adherence*).

Dołączenie leku moczopędnego w terapii nadciśnienia tętniczego II/III stopnia jest zgodne z zaleceniami towarzystw naukowych hipertensjologicznych i kardiologicznych w zakresie stosowania leku z tej grupy jako trzeciego w terapii wielolekowej. Ponadto zastosowanie takiego leku moczopędnego w terapii nadciśnienia z towarzyszącą retencją płynów (obrzęki po niesteroidowych lekach przeciwzapalnych) modyfikuje w tym przypadku patofizjologiczny mechanizm oporności na leczenie hipotensyjne.

Zastosowanie preparatu złożonego w godzinach porannych, którego szczyt działania hipotensyjnego składowych nie pokrywa się w ciągu doby, pozwala

wyeliminować epizody hipotonii polekowej, które mogłyby się przyczynić do pogorszenia przebiegu choroby towarzyszącej — jaskry. Przyjmowanie preparatu złożonego z perindoprilu, amlodypiny i indapamidu z uwagi na korzystny profil metaboliczny nie nasiliło zaburzeń lipidowych. Ponadto z uwagi na znaczną rozpiętość dawek preparatu Triplixam istnieje duża możliwość intensyfikacji terapii w przyszłości.

Korzyści dla pacjenta:

- zastosowanie nowoczesnego preparatu złożonego z perindoprilu, amlodypiny i indapamidu, czyli substancji o udowodnionej skuteczności poszczególnych składowych w redukcji ryzyka sercowo-naczyniowego u pacjentki z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym, daje poprawę rokowania;
- właściwa kontrola ciśnienia tętniczego osiągnięta w krótkim czasie;
- brak niekorzystnego wpływu na choroby współistniejące: jaskrę oraz zaburzenia lipidowe;
- przyjmowanie leku Triplixam w postaci 1 tabletki to komfort dla pacjenta i skutkuje poprawą przestrzegania zaleceń lekarskich.

Piśmiennictwo

1. Chrostowska M., Narkiewicz K. ,Czy w nowoczesnej terapii nadciśnienia tętniczego są potrzebne preparaty złożone z trzech leków hipotensyjnych? Choroby Serca i Naczyń. 2014; 11; 317–329.
2. Tykarski A., Narkiewicz K. i wsp. ,Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym — 2015. Wytyczne PTNT. Nadciśnienie Tętnicze 2015; 1: 4–22.
3. Szymański F.M. 10 powodów, dla których warto wybierać preparat złożony zawierający perindopril, indapamid i amlodypinę w jednej tabletkie. Folia Cardiologica 2015; 10: 1–8.